

# "lo Affilo": Corso di affilatura con tecnica Ep/Cs

## Scheda di Iscrizione

da inviare compilata in stampatello a:

**MEETING PLANNER SRL**

Via Divisione Paracadutisti Folgore, 5 - 70125 BARI

Fax 080.2140203 - E-Mail: info@meeting-planner.it

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_

CELL. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

Igienista Dentale     Odontoiatra     Studente

€ 170 (Iva 22% inclusa per iscrizioni effettuate almeno 30 gg prima dell'evento)

€ 208 (Iva 22% inclusa per iscrizioni effettuate almeno 10 gg prima dell'evento)

Data \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_

### **Per le agevolazioni si prega di indicare una sola opzione**

sconto 10% per precedente partecipazione ad un corso della Dr.ssa Sanavia

chiedo di usufruire dello sconto del 10% in qualità di membro dello stesso team (Igienista + Odontoiatra) di (ind. il nome) \_\_\_\_\_

sconto 15% per iscrizione di un Gruppo di almeno 5 persone (allegare il dettaglio dei nomi alla scheda)

Bonifico bancario intestate a Meeting Planner srl c/o

Unicredit Banca IBAN: IT21X0200804024000010278286

BIC SWIFT: UNCRITM1H04

### **Causale: indicare titolo, sede e data del corso**

dichiaro di non essere dipendente di struttura sanitaria e/o di non essere assoggettato all'obbligo di segnalazione all' Ente di appartenenza

dichiaro di essere dipendente di struttura sanitaria, di aver ottemperato agli obblighi in materia di informativa all' ente di appartenenza e di aver richiesto ed ottenuto l'autorizzazione a partecipare all'evento

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_